

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
CONDUITE A TENIR
DANS LES
PRÉSENTATIONS DU FRONT

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 11 JUILLET 1896

PAR

LOUIS MALZAC

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (DÉLÉGUÉ 1893, CONCOURS 1891-95)

MENTION HONORABLE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1893)

EX-INTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

JEAN MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
boulevard Louis Blanc, 9 (anciennement de la Blanquerie).

1896

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

J. GRYNFELT

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VALLOIS

L. MALZAC

AVANT-PROPOS

Il est un usage à la Faculté de Montpellier, qui veut que l'étudiant, au début de sa thèse inaugurale, adresse ses remerciements à tous ceux qui l'ont enseigné, à tous ceux envers lesquels il a contracté une dette de reconnaissance. Nous ne manquerons pas à cet usage, et de grand cœur nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous nos Maîtres de l'Université de Montpellier et en particulier nos Maîtres de la Faculté de Médecine.

Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant et paternel que nous avons toujours reçu de M. le professeur Grynfeldt. Nous le remercions vivement des bonnes leçons qu'il nous a données, soit à la clinique, soit dans sa clientèle. Nous sentons combien est grand l'honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre modeste travail, dont il nous a lui-même fourni les matériaux.

Le temps que nous avons passé, dans le service des Enfants, auprès de M. le professeur-agrégé Baumel, comme aide de clinique, et dans le service de M. le doyen Mairet, comme interne provisoire, restera pour nous un très bon souvenir.

Notre reconnaissance est acquise à M. le professeur-agrégé Vallois, pour nous avoir conseillé de traiter ce sujet et nous avoir prêté l'appui de son expérience.

Nous remercions M. le professeur-agrégé Brousse, d'avoir bien voulu nous associer à la publication de ses Conférences sur le Choléra, faites à la Faculté en 1894.

Que M. le professeur Gilis et M. le professeur-agrégé Lapeyre, nous permettent de les remercier des bons conseils qu'ils nous ont prodigués pendant le cours de nos études.

Il est un Maître envers lequel nous ne saurions trop être reconnaissant, et que nous ne saurions jamais assez remercier. M. le professeur-agrégé Rauzier, en nous associant à lui dans la création de ses Consultations externes de Médecine, nous a puissamment aidé à faire notre éducation professionnelle. Il s'est toujours montré pour nous, à la Faculté comme à l'Hôpital, non-seulement le Maître bienveillant, mais aussi l'ami dévoué. C'est à ce titre que nous aurions voulu pouvoir lui prouver que la reconnaissance et l'amitié des élèves ne sont pas de vains mots.

Enfin, nous ne nous séparons pas sans regrets de nos condisciples, entre autres de nos deux inséparables, le Dr Louis Vié et Elisée Casse, aide de médecine opératoire, avec lesquels une fréquentation de tous les instants nous a permis de jeter les bases d'une amitié fraternelle qui ne fera, nous le souhaitons, que s'accroître dans l'avenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONDUITE A TENIR
DANS LES
PRÉSENTATIONS DU FRONT

INTRODUCTION.

On appelle présentation, la région du fœtus qui se met en rapport avec l'aire du détroit supérieur. Madame Lachapelle ajoutait que cette région ne peut constituer une présentation qu'autant qu'elle est assez volumineuse pour remplir à peu près complètement l'excavation au moment de l'engagement. On pourrait ajouter qu'elle doit évoluer pendant l'engagement suivant un mécanisme spécial. Toutes ces conditions se rencontrent dans la présentation du front.

La question a été, en effet, et est encore très discutée. Certains auteurs n'admettent pas la présentation du front comme une présentation particulière, mais la considèrent bien plutôt, soit comme une variété de présentation de la face, dans laquelle la tête serait moins défléchie, soit d'un sommet incomplètement fléchi. Nous en rapportant à la définition de Madame Lachapelle, mise en tête de notre travail, nous ne discuterons pas les arguments donnés contre cette opinion. Nous admettrons que le front peut se présenter au même titre que la face ou le sommet.

La présentation du front est caractérisée par la présence au

centre du bassin, soit d'une partie voisine de la grande fontanelle, soit du front, le front représentant toujours la partie la plus déclive de la présentation. « En pratiquant le toucher, on reconnaît aisément une présentation frontale, nous dit M. VALLOIS (1) d'après M. Pollosson. En effet, elle se distingue de celle de la face et du sommet, en ce que, d'une part, on n'atteint ni la bouche ni le menton, et que, d'autre part, la petite fontanelle est inaccessible au doigt explorateur ».

Nous laisserons de côté tout ce qui a rapport à l'étiologie et nous ne dirons du mécanisme que ce qui sera nécessaire à la compréhension de notre travail. Bien que la fréquence de cette présentation soit peu élevée, 1/280 pour DEVARIS (2), 1/400 pour HEINRICIUS (3) ou même 1/500 pour GRENZER (4) « les difficultés de l'engagement, le défaut possible du mouvement de rotation, la prolongation du travail, en même temps que la nécessité d'une intervention opératoire souvent grave, qui peut en être la conséquence, impriment au pronostic pour la mère et l'enfant un caractère qui contraste avec la bénignité habituelle des présentations ~~frontales~~ » (BONNAIRE) (5). Dans les 189 cas relevés par HEINRICIUS, on arrive à trouver une proportion de mortalité fœtale de 36 pour 100. Pour ce même auteur, le tiers des mères auraient eu des suites de couches pathologiques, et sur ce nombre la moitié auraient succombé. Le pronostic mérite donc bien qu'on s'occupe de la conduite à tenir et des différents moyens de remédier aux difficultés qui peuvent se présenter. Ce sera là l'objet de notre travail.

(1) Vallois, *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1894, p. 562.

(2) Devars, *Etude clin. et expér. sur les présent. frontales et l'acc. par le front*; thèse de Lyon, 1885.

(3) Heinrichius, *Accouchements par le front*. (Revue générale in *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, t. I.).

(4) Grenzer, *De la présentation du front*. (Revue générale in *Gaz. des Hôpit.*, 23 mars 1889, n° 35).

(5) Bonnaire, *Gaz. des Hôp.*, 1889, 23 mars, n° 35.

Nous voulons seulement indiquer quelle a été la ligne de conduite des accoucheurs qui se sont trouvés en présence d'une présentation du front. Par les observations cliniques de notre maître, M. le professeur Grynfeldt, nous montrerons quelle a été la sienne. Nous essayerons ensuite, au moyen d'expériences anatomiques, d'expliquer comment ces diverses conduites sont possibles. Enfin nous nous efforcerons de donner une conclusion, après avoir comparé les diverses manières d'opérer qui ont été employées dans la présentation du front.

Nous ne cherchons point à faire œuvre originale, car bien que cette étude soit, pour ainsi dire, presque récente, de nombreux auteurs de grand mérite s'en sont longuement occupés. Nous nous contenterons d'apporter notre modeste pierre à l'édifice, heureux si la publication des cas si judicieusement observés par notre maître, et l'explication que nous allons nous efforcer d'en donner, peuvent être d'une certaine utilité à ceux qui après nous s'intéresseront à cette étude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES PRÉSENTATIONS DU FRONT.

Si nous nous rapportons au magistral article d'Heinricius (1) sur l'historique général des présentations du front, nous voyons que les accoucheurs du siècle précédent, profonds observateurs, avaient parfaitement remarqué que le front du fœtus pouvait, au commencement de l'accouchement, occuper parfois le centre du détroit supérieur.

MAURICEAU (2), le premier, en 1740, parle des présentations du front, dans lesquelles il redresse la tête avec la main.

SMELLIE (3), dans son ouvrage *Tabulæ anatomicæ*, nous décrit très bien les déformations de la tête, qui devient conique. Il dit, que si la tête, à cause de sa grosseur, ne peut être poussée par les fortes douleurs, la position vicieuse ne peut pas se corriger. Si on peut, on doit extraire l'enfant, soit par une version, soit par une application de forceps.

Pour BAUDELLOCQUE (4), on peut toujours facilement empêcher la tête de se défléchir au moment de l'engagement. Il n'y a pour cela, après avoir redressé l'utérus, qu'à soutenir le front de l'enfant pendant chaque douleur, au moyen d'un ou deux doigts introduits dans le vagin. Les contractions utérines

(1) Heinricius, *loc. cit.*

(2) Mauriceau, *Traité des femmes grosses*, 1740, in Heinricius.

(3) Smellie, *Tabulæ anatomicæ Guilielmi Smellie*, Nuremberg, 1757, in Heinricius.

(4) Baudelocque, *l'Art des accouchements*, t. I, p. 462 ; Paris, 1781, in Heinricius.

agiraient alors sur un seul point, l'occiput, qu'elles forceraient à descendre dans l'excavation. Mais si la mauvaise position de la tête est déjà produite, il conseille d'essayer de repousser le front, la femme étant couchée sur le côté opposé à la déviation du fond de l'utérus ; quand on ne réussit pas ainsi, Baudelocque conseille d'aller accrocher directement l'occiput ou enfin d'employer le levier.

Gardien (1), qui considérait le front et la face comme les deux termes extrêmes d'une seule position, « l'un est le premier degré et l'autre le dernier, dit-il ; elles ne diffèrent que du plus au moins », ne croit pas que les accouchements par le front soient plus dangereux que les accouchements par la face. Ceux-ci même le seraient davantage. Il conseille de les transformer en sommet et se déclare peu partisan de la version.

Madame LACHAPELLE, à qui la possibilité de la présentation frontale n'avait pas échappé, n'aimait pas beaucoup les tentatives de transformation en sommet, préférées par Gardien. Elle se demandait comment un ou deux doigts pouvaient résister à tout l'effort des contractions utérines. Pour elle, on devait convertir la présentation en présentation de la face. « On favorisera, dit-elle, le mécanisme de deux manières différentes : 1° en soutenant à chaque douleur d'abord le haut du front, puis le front lui-même, et permettant au menton de s'abaisser de plus en plus, jusqu'à ce que la face soit tout à fait parallèle au plan du détroit supérieur ; 2° en tirant sur le menton avec deux doigts recourbés en crochets. Ces deux manières ont été mises en pratique par moi, tantôt séparées et tantôt combinées... La dernière est préférable à la première. Par ces moyens, j'ai opéré le renversement complet de plus d'une tête parvenue, le front le premier, jusque dans l'excavation ».

(1) Gardien, Dictionnaire en 60 volumes, 1812, t. I, p. 65.

(2) Madame Lachapelle, Pratique des accouchements, t. I, 3^{me} mémoire, p. 404.

Pour JACQUEMIER (1), toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un front, il faut, pour que l'accouchement puisse se faire, qu'il y ait des conditions particulièrement favorables dans les dimensions du bassin ou dans le volume de la tête fœtale. On peut réduire cette présentation en face ou en sommet, même sur le plancher du bassin. Nous verrons que dans un des cas observés par M. le professeur Grynfeldt, cette transformation a pu se faire, grâce à la laxité énorme du bassin mou.

CHAILLY-HONORÉ (2), dit BLANC (3), reproche à la méthode de Baudelocque d'échouer fréquemment, de favoriser la rupture de l'utérus, le prolapsus du cordon et la rapide évacuation du liquide amniotique. Un pareil procédé, pour lui, doit être réservé aux cas d'absolue nécessité, aux mento-postérieures persistantes.

Telles sont les opinions admises par les auteurs du siècle dernier et de la première partie de ce siècle. Elles sont, on le voit, excessivement variables et vont, depuis la confiance en la seule nature, jusqu'aux applications de forceps, parfois fort difficiles à faire quand la tête est fortement enclavée. Les accoucheurs modernes ne se sont pas désintéressés de la question, et dans tous les pays, la présentation du front, son mécanisme, son traitement, ont été mis à l'ordre du jour.

En France, DEVARs (4), en 1885, fit de l'accouchement par le front l'objet de sa thèse inaugurale. Se basant sur les six cas qu'il a relevés sur les registres de la clinique d'accouchements de Lyon et sur leur étude, cet auteur conseille d'essayer d'abord la conversion manuelle, que la tête soit encore au détroit su-

(1) Jacquemier, *Traité d'accouchements*, 1846, t. II, in Blanc.

(2) Chailly-Honoré, *Pratique de l'Art des accouchements*, 4^e édition, 1861, in Blanc.

(3) Blanc, *Des présentations du front* (*Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, t. I, p. 580).

(4) Devars, *loc. cit.*

périeur ou déjà dans l'excavation. Il n'admet l'utilité du levier, préconisé par les accoucheurs lyonnais, que si la tête est libre encore au détroit supérieur. Après l'engagement, c'est une conversion du front qu'il faut produire.

BLANC (1), qui a analysé la thèse de Devars, déclare qu'il est partisan de ce mode d'agir, mais qu'en cas d'insuccès il faut user du levier. Si même celui-ci ne réussit pas, si la version est impossible ou contre-indiquée, l'accoucheur, pour lui, procédera à une application de forceps sur la tête. Cette application sera variable selon que la tête, restée en présentation frontale, aura la face regardant directement en avant ou en arrière.

Passant en revue les divers modes d'agir, Blanc, dans son travail, conclut d'une façon éclectique, admettant la correction manuelle, en donnant les indications et le mode opératoire. Pour lui, étant donné que le sommet se substitue au front aussi souvent que la face, « il est tout indiqué, spécialement dans les naso-postérieures, d'essayer d'abord d'abaisser l'occiput. Si cette manœuvre échoue, on tâchera par le même moyen d'obtenir une face ». La tendance naturelle de la présentation vers une transformation spontanée devra être respectée et même facilitée.

Pour le levier, Blanc le considère comme un moyen de flexion et comme un moyen de rotation, à employer dans deux conditions différentes : « ou bien après correction manuelle de la présentation ou bien même sans changement aucun dans la situation de la tête. » Il le préfère au forceps, parce que « le levier, contrairement au forceps, laisse à la tête toute son indépendance pour s'accommoder à la forme du rétrécissement et permet à ses diamètres transverses toute la réductibilité nécessaire ». En dernière ressource, il conseille, quand ces différents moyens ont échoué, d'employer la version, le forceps ou le cranioclaste.

(1) Blanc, *Annales de Tocologie*, 1873, p. 514, et *loc. cit.*

Si nous nous rapportons à nos classiques français, nous voyons que M. TARNIER (1) admet une variété frontale et regarde comme possible l'expulsion avec le front premier.

Dans la thèse du docteur BRANCHE (2), nous voyons un cas qui est bien plutôt une présentation de la face qu'une mento-iliaque droite postérieure, comme le fait remarquer Heinricius. Dans ce cas, sous l'influence d'une énergique contraction, la face roule enfin en avant et le menton vient se dégager sous la symphyse. Il y a eu là accouchement spontané dans une présentation de la face.

Si nous continuons notre rapide historique, nous voyons que CAZALS (3) propose de se servir du forceps, non pour fléchir ou défléchir la tête, mais pour l'abaisser sur le bassin mou, faire la rotation et amener la face en avant. Lorsque la tête est au bas de l'excavation, que la rotation est effectuée, il propose de faire une application directe et régulière. Il cite cependant des cas où ce *modus agendi* a amené un enfant mort ou lésé gravement.

Le docteur BONNAIRE (4), lui aussi, conseille l'application régulière du forceps; au cours des tractions du Tarnier, la réflexion se produit d'elle-même, on fait artificiellement la rotation. En cas d'insuccès, il ne reste plus comme dernière intervention possible que le sacrifice du fœtus.

M. AUWARD (5), après avoir passé en revue les divers moments de l'accouchement, auxquels on peut être appelé à intervenir, se pose les deux questions suivantes : Quand faut-il intervenir ? Comment faut-il intervenir ? Pour lui, « si une ré-

(1) Tarnier et Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements* ; Paris, 1880, 2^e fasc., p. 661.

(2) Branche, *Essais sur les mento-postérieures de la face* ; thèse de Montpellier, 1876 ; cité in Heinricius, *loc. cit.*

(3) Cazals, *Présentations frontales* ; thèse de Paris, 1888.

(4) Bonnaire, *Gazette des hôpitaux*, 1889, 23 mars, n° 35.

(5) Auward, *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 204 et suiv.

duction manuelle est aisée au début du travail, si la femme par la minceur de sa paroi abdominale et la complaisance de son utérus permet aisément la manœuvre de Schatz ou des manœuvres mixtes, l'accoucheur serait répréhensible de ne pas agir le plus promptement possible pour transformer la dystocie en entocie ». Il faut « intervenir de bonne heure, quand la chose est facile, sinon attendre la dilatation complète; mais un plus long retard ne peut être que préjudiciable. »

A la seconde question : comment faut-il intervenir? il distingue plusieurs cas dans sa réponse. 1° Tête dans le bassin musculaire : simple forceps. 2° Tête dans l'excavation ou au détroit moyen : forceps encore, simples tractions du Tarnier, laissant la tête libre de prendre elle-même la direction la plus propice à sa sortie. 3° Tête au détroit supérieur : avant la dilatation complète, poche des eaux intacte, transformer en sommet par des manœuvres mixtes ou la manœuvre de Schatz; la poche des eaux étant rompue, essayer la transformation en face ou en sommet par des manœuvres combinées et, au besoin, le levier.

Enfin, quand tout cela a échoué, M. Auvar d conseille d'intervenir à la dilatation complète en employant la version ou le forceps, selon leurs indications. Comme dernière ressource, il reste toujours l'embryotomie.

Nous pouvons donc classer M. Auvar d parmi les éclectiques employant tous les moyens.

Enfin, M. le professeur agrégé VALLOIS (1) a fait, lorsqu'il était chef de clinique du professeur Herrgott, de Nancy, une étude très approfondie des présentations du front. Il s'occupe, dans deux articles différents, des diverses manières d'appliquer

(1) Vallois, Du forceps dans la présentation du front. (*Arch. de Tocologie*, août 1893).

le forceps et des indications de la symphyséotomie. Pour lui, dans son premier article, s'appuyant sur un fait clinique, il se montre peu partisan de l'emploi des manœuvres de réduction, parfois impossibles quand la tête est fortement engagée, et conseille une application du forceps régulière. « Dans les présentations du front, plus que dans celles du sommet, il faut chercher à obtenir une prise régulière..., à défaut de cette prise, s'efforcer de faire une application oblique ».

Dans son second mémoire(1), se basant sur des expériences anatomiques, M. Vallois se montre bien moins affirmatif au sujet de la prise directe, qu'il regarde comme irrationnelle. Il déclare, en effet, que « la prise régulière de la tête comprime celle-ci latéralement et augmente ainsi les diamètres antéro-postérieurs, y compris le diamètre suivant lequel la tête s'engage et qui est déjà trop grand puisqu'il gêne l'accouchement. L'application oblique semblerait la meilleure, et encore nous croyons qu'on ne doit la tenter que si l'indication d'intervenir est absolue, car l'instrument, au lieu d'aider le mécanisme de l'accouchement par le front, pourrait contrarier le jeu de la nature, comme il le fait quelquefois pour le mécanisme dans les bassins rétrécis ».

En résumé, quand la version est difficile ou dangereuse, quand on ne peut transformer le front en face ou en sommet, M. Vallois conseille d'appliquer prudemment le forceps. Si celui-ci ne réussit pas, il faut avoir recours à la symphyséotomie, qui, avec un faible écart du pubis, permet facilement (il a pu le constater dans ses expériences) la descente de la tête en présentation frontale.

Telle est la rapide énumération des auteurs français qui, admettant la présentation frontale, se sont demandé comment

(1) Vallois, Étude expérimentale sur l'indication de la symphyséotomie dans les accouchements en présentation du front (*Arch. de Tocologie*, août 1894).

ils devaient agir pour délivrer la femme *cito, tuto et jucunde*, pour faire venir à bien l'accouchement par le front. Leurs opinions sont, nous l'avons vu, fort dissemblables; mais si nous examinons à l'étranger, nous constatons que les opinions sont aussi souvent très différentes.

C'est surtout en Allemagne, en Angleterre, en Italie que cette question a passionné les accoucheurs.

En Allemagne, au début du siècle, on ne faisait guère attention aux présentations frontales. Ce n'est que plus tard, quand l'éveil fut donné et l'attention attirée de ce côté, que nos voisins se mirent à étudier cette question. En général, les accoucheurs allemands sont peu partisans des transformations manuelles, préconisées par un grand nombre d'auteurs français.

SCANZONI (1) attaque la manière de retenir le front avec les doigts dans le vagin. Pour lui, les manœuvres de réduction faites avant la rupture de la poche des eaux sont au moins inutiles. Aussi avec HUETER (2), SPÆTH (3), HELLY (4), SPIEGELBERG (5) et SCHRÖDER (6), conseille-t-il de tenter la version podalique dans les cas où l'accouchement ne se termine pas naturellement, soit que la forme du bassin, soit que la grosseur de la tête fœtale y mettent obstacle.

Heinricius fait observer avec juste raison que l'accoucheur n'est pas toujours appelé au moment propice pour faire la version, c'est-à-dire lorsque l'orifice est tout à fait dilaté et que les eaux ne sont pas encore écoulées.

HILDEBRANDT (7) emploie les procédés français de rectifi-

(1) Scanzoni, *Lehrbuch der Geburtshülfe, II Auflage*. Wien 1885; in Heinricius

(2, 3, 4, 5, 6) Hueter, Spæth, Helly, Spiegelberg, Schröder, cités in Heinricius, *loc. cit.*

(7) Hildebrandt, *Monatschrift f. Geburtskunde*, t. XXV, III, in Heinricius.

cation à la main, mais modifiés. Il fait placer la femme sur le côté en travers du lit. Au début d'une contraction, il applique deux doigts de la main droite sur le front, puis selon qu'il veut transformer en face ou en sommet dirige sa pression vers l'occiput ou vers la face. Cette pression, toujours dirigée dans le même sens, doit être vigoureuse pour résister à l'impulsion contraire donnée par la contraction utérine. Il est bien entendu que cette manœuvre ne doit être faite que lorsque la tête n'est pas fixée et que les contractions utérines sont fortes.

Pour BREISKY (1), il faut essayer de ramener la tête en flexion normale par des manipulations internes et externes combinées, c'est-à-dire en pressant sur le front en haut à travers la paroi abdominale et sur l'occiput en bas à travers le vagin.

Comme défenseur de la correction manuelle nous trouvons encore PETERS, de Vienne (2), qui en communiquant sa statistique et le résultat de ses expériences arrive à cette conclusion, que la nécessité d'une intervention admise, la correction manuelle de la position frontale par la flexion de la tête et du tronc, paraît comme parfaitement justifiée, même indiquée. Pour lui, la flexion manuelle du crâne est souvent plus facile à exécuter, et en tout cas moins dangereuse que tout autre mode d'intervention.

D'autres auteurs ont proposé des manœuvres particulières qu'il serait trop long d'énumérer ici. La manœuvre de Schutz est proposée, nous l'avons déjà vu, par M. Auvar. THORN (3) propose une manœuvre combinaison de celle de Baudelocque et de celle de Schwatz.

(1) Breisky, *Behandlung der Abnormen Kopflagen*. Schweizer *correspondenz Blatt*, 1873, p. 380.

(2) Peters, *Beitrage zur klinische med. und chirurgie*, 1895, Hft. 10. Analyse in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1895, p. 953.

(3) W. Thorn, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1895, Bd. XXXI, Hft. I, in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1895.

En Angleterre, SMELLIE, nous l'avons déjà vu, dit que lorsque la tête en présentation du front ne peut pas corriger sa position vicieuse, on doit extraire l'enfant, soit par la version, soit par le forceps. Cependant il cite deux cas dans son ouvrage (1) où cette conduite n'a pas été nécessaire. Dans le premier, l'accouchement eut lieu spontanément par transformation en face dans l'excavation et grâce probablement à un écartement du pubis produit naturellement pendant l'accouchement. Nous rapprochons cette observation de symphyséotomie naturelle, peut-on dire, de la conduite proposée par M. Vallois (2).

Dans sa deuxième observation, Smellie nous dit : « voyant que l'enfant présentait le front et qu'il avait la face contre l'ilium du côté gauche, je repoussai la tête de ce côté là, et en retirant un peu ma main je la repoussai encore avec mes doigts, afin qu'elle ne revînt pas avant la prochaine douleur qui dégagera le vertex de l'autre côté et le fit descendre ; la tête baissa ensuite par degrés, et moyennant quelques douleurs de plus, cette femme accoucha heureusement ». Ici donc une simple intervention manuelle a suffi pour convertir un front en sommet ; dans d'autres cas, Smellie a dû recourir au forceps ou à la version.

Après lui, les auteurs anglais ont prêté peu d'attention aux présentations du front et signalent qu'elles peuvent se transformer naturellement en face ou en sommet.

SWAIGNE (3) rapporte deux cas, un dans lequel il dut tirer le menton en avant, avec comme levier la branche du forceps, et un second dans lequel il y eut terminaison spontanée. Plus

(1) Smellie, *Observations sur les accouchements*, traduction de Préville, t. III, p. 314.

(2) Vallois, *loc. cit.*

(3) Swaigne, *Assoc. Med. Journ.*, 1853 avril, et *Canstats Jaresbericht*, 1853, IV.

tard, il recommanda la rectification de la présentation dans des cas analogues.

Pour RAMSBOTHAM (1), on doit toujours transformer en sommet la présentation du front.

Quand la tête descend en présentation du front, PLAYFAIR (2) considère les difficultés, sinon comme insurmontables, du moins comme très graves. Il conseille d'essayer d'abord de changer manuellement la position. Si la tête reste élevée, la version lui paraît indiquée. Lorsque le front est trop engagé pour faire la version et lorsque les tentatives manuelles n'ont pas réussi, il conseille d'appliquer le forceps, ce qui présentera parfois de graves difficultés et nécessitera quelquefois en dernier lieu l'emploi de la craniotomie.

LUSK (3), de New-York, cherchant particulièrement à déterminer la mortalité foetale étudie les indications du forceps.

Ce n'est guère que depuis une quinzaine d'années, que les Italiens se sont occupés attentivement de la présentation du front. C'est à leur initiative qu'on doit les mémoires les plus originaux et les plus importants qui aient été écrits sur ce sujet.

Un professeur de Catane, MANGIAGALLI, fut le premier à les étudier longuement; il publia son travail en 1880 (4). Pour lui, l'accouchement spontané du fœtus à terme est possible dans la présentation du front. Ce n'est qu'à la partie moyenne de l'excavation ou au détroit supérieur qu'elle réclame l'inter-

(1) Ramsbotham, *The principles and practice of obstetric medicine and surgery*; London, 1856.

(2) Playfair, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, traduit par Vermeil; Paris, 1879.

(3) Lusk., *Science et art des accouchements*; trad. Doléris, in Vallois.

(4) Mangiagalli, *Il parto per il fronte*. (*Ann. di Ostetricia*; Padova, 1880, nos 11 et 12, et 1884, nos 11 et 13).

vention de l'art. Au début du travail, la tête jouissant d'une certaine mobilité, on peut faire la version ou la transformation soit en sommet soit en face, par la position donnée à la femme et par des manœuvres manuelles. Pendant l'engagement, on devra ramener la face au lieu du sommet, parce qu'alors le diamètre occipito-mentonnier se trouve déjà obliquement engagé dans la filière pelvienne.

Cet auteur, en effet, compare la tête fœtale à un triangle dont un des côtés est plus court, le côté facial, ce qui permet au menton de glisser le long des parois pelviennes, à la base du crâne de s'insinuer obliquement dans l'aire du détroit supérieur et au front de s'engager et de descendre.

Dans un second mémoire (1), il arrive, nous dit Blanc (2), à peu près aux mêmes conclusions qu'en 1830. L'accouchement par le front est possible dans un bassin normal, il devient difficile dès que le bassin est tant soit peu vicié ; le forceps suffit à lui seul à la tâche dans la plus grande partie des cas. En résumé, pour Mangiagalli, le pronostic des présentations du front est bien plutôt favorable ; ce n'est point l'opinion de son compatriote CHIARLEONI (3). Celui-ci considère la présentation permanente du front comme pouvant être entièrement assimilée à celle de l'épaule, pour laquelle l'accoucheur intervient toujours, ne se fiant jamais aux forces naturelles. Se montrant défenseur convaincu des procédés manuels de rectification de la tête, il les exécute de la façon suivante : on introduit la main en appliquant la paume contre la face du fœtus, assez haut pour pouvoir saisir la mâchoire inférieure que l'on abaisse. Si on ne peut atteindre le menton, il conseille d'appliquer simultanément le pouce contre le front et d'en faire remonter la partie inférieure.

(1) Mangiagalli, *Annali di Obstetricia*, 1894, in Blanc, *loc. cit.*

(2) Blanc, *loc. cit.*

(3) Chiarleoni, in Heinricius, *loc. cit.*

Pour NEGRI (1), l'accouchement spontané est possible avec un fœtus normal dans un bassin peu éloigné des conditions physiologiques.

BELLUZI (2), dans son mémoire basé sur cinq cas, discute les divers modes d'intervention et conclut en conseillant d'intervenir, soit par une conversion nouvelle en faisant descendre la face si le menton est tourné en avant, soit par la version si l'état de la femme ou les conditions de l'accouchement l'exigent. Pour lui, quand on applique le forceps, on doit abaisser au préalable le menton et faire la rotation vers l'arcade pubienne. Si ces moyens ne réussissent pas, il reste toujours un dernier moyen pour terminer l'accouchement : la céphalothripsie.

MARCHIONNESCHI (3), en 1885, dans une statistique où il réunit les faits observés par différents auteurs, constate que sur 82 cas de présentation du front, 25 se terminèrent spontanément sans changement dans la présentation. Comme tous les auteurs italiens précédents, il est partisan de la correction manuelle, de la transformation en face. Ce n'est que dans le cas de naso-postérieures qu'il préfère amener une présentation du sommet. Cette conversion, pour lui, peut se faire spontanément, même avec un engagement trop prononcé, le menton se plaçant alors au niveau des trous sciatiques sur les muscles pyramidaux, dans lesquels il s'enfonce pour permettre la bascule de la tige occipito-mentonnière, la descente de l'occiput. Blanc fait remarquer avec à propos « qu'il serait, en tout cas, bien imprudent de compter sur pareille éventualité ! »

(1) Negri, *Qualche considerazione intorno al parte per il fronte. (Annali di Ostetricia, 1882).*

(2) Belluzi, *Contributo al studio del parte per il fronte. (Annali di Ostetricia, 1884).*

(3) Marchionneschi, *Il parte in presentazione della fronte. (Annali universali di med. et chir., avril 1885).*

CARBONELLI (1) seul pense différemment que ses compatriotes. Il dit que si l'on remarque que le travail n'avance pas, il vaut mieux présenter la partie supérieure du front que la face. Non-seulement parce que ceci réussit plus facilement, mais parce que les modifications classiques (accommodation) sont tellement différentes dans la position frontale vraie et dans la face, que la vie du fœtus serait très en danger si par une nouvelle présentation on voulait produire une nouvelle modification dans la forme de la tête.

HEINRICIUS (2) d'Helsingfort, au travail fortement documenté duquel nous avons fait de nombreux emprunts, termine en donnant sa manière de procéder. Cet auteur est peu partisan de la version; il déclare que « les risques d'une tentative inutile de version sont plus grands que si la présentation du front avait été laissée à l'activité de la nature.... S'il n'y a pas de rétrécissement du bassin et si la tête du fœtus est de volume ordinaire, on pourra toujours, pourvu que les contractions soient régulières et énergiques, espérer un achèvement spontané de l'accouchement ».

Dans les cas où une intervention est nécessaire, Heinricius préconise l'emploi du forceps. Mais alors il distingue plusieurs cas. Au détroit supérieur, le forceps doit être placé parallèlement au bassin sur les parties latérales. La tête est alors saisie par la face et l'occiput est comprimé dans le sens antéro-postérieur. Ce n'est pas sans causer de graves dommages au fœtus. C'est même, pourrait-on dire, une céphalothripsie déguisée, opération à laquelle il faut avoir recours ouvertement si le forceps échoue, si on ne réussit pas à l'introduire, s'il glisse ou si les tractions sont insuffisantes.

Dans l'excavation ou sur le plancher périnéal, l'application

(1) Carbonelli, Présentation du front, *Gazz. med. di Torino*, 1895; Analyse in *Centralblatt für Gynækologie*, 1885, p. 264.

(2) Heinricius, *loc. cit.*

du forceps est plus facile et le glissement moins à craindre. Quand la rotation n'est pas faite, on doit, pour cet auteur, appliquer le forceps obliquement.

Nous pourrions citer encore bien d'autres auteurs qui ont employé les divers procédés indiqués au cours de notre travail ; mais cette énumération serait par trop longue et n'apporterait rien de plus à l'appui de notre thèse. Nous nous sommes contenté de citer les plus marquants.

Cependant les opinions sur la conduite à tenir dans les présentations du front varient beaucoup selon les auteurs. A quoi cela peut-il tenir ? C'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

MÉCANISME.

Les auteurs du commencement du siècle étaient tous partisans d'une transformation manuelle de la présentation du front en présentation de la face ou du sommet, à n'importe quel moment de l'accouchement. Il est cependant des cas où ils ne réussissaient pas à la produire. Cela tient à ce qu'ils ne connaissaient pas le mécanisme suivant lequel le front progresse dans la filière pelvi-génitale. S'ils appliquaient le forceps, c'était uniquement d'une manière empirique, pour arriver, même au prix de la mort de l'enfant, à la délivrance de la mère.

Les auteurs contemporains ont étudié longuement ce mécanisme; les théories les plus contradictoires ont été mises au jour. Les uns veulent que le front se transforme toujours en face ou en sommet, l'accouchement par le front étant pour eux impossible. D'autres, au contraire, soutiennent que cette partie fœtale peut évoluer dans l'excavation et arriver jusqu'au dehors en suivant un mécanisme particulier. Parmi ces auteurs, il y aurait encore des distinctions à faire, mais actuellement nous ne nous trouvons guère en présence que de deux théories principales. L'une est due à MANGIAGALLI (1), et a été brillamment soutenue en France par DEVARIS (2) et par BLANC (3).

(1) Mangiagalli, *loc. cit.*

(2) Devaris, *loc. cit.*

(3) Blanc, *loc. cit.*

Dans cette théorie, le premier temps du mécanisme de l'accouchement est un temps de déflexion. La tête est alors placée dans une situation telle, que la résultante des forces utérines transmise par la colonne vertébrale va du trou occipital à un point antérieur à la grande fontanelle et plus ou moins distant de celle-ci. Pour qu'il y ait une présentation franche du front, il est nécessaire que le mouvement de déflexion amène près du centre pelvien la région frontale.

Pour que la tête puisse descendre dans l'excavation (2^e temps) la déflexion doit se poursuivre jusqu'à ce que le menton quittant la ligne innommée glisse le long des parois du bassin. Le diamètre occipito-mentonnier trop long bascule et s'engage par l'extrémité correspondante au côté le plus court du triangle céphalique fronto-mento-occipital. Il descend ainsi peu à peu dans l'excavation.

Un temps plus complexe est le temps de la rotation (3^e temps), destiné à amener sous la symphyse la partie qui doit se dégager la première pour que l'expulsion soit ensuite possible par la mise en relation avec le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur des diamètres plus petits que l'occipito-mentonnier. Le mouvement de rotation n'est pas possible directement, l'occiput étant en haut butterait contre le promontoire. Pour qu'il puisse descendre et gagner la courbure sacrée, il faut inversement que le menton remonte le long de la paroi pelvienne et se dégage au dessus du détroit supérieur. Donc, tandis qu'aux deux premiers temps de l'accouchement le menton est le point le plus bas du triangle fronto-mento-occipital, au troisième temps c'est l'occiput. Le mouvement est alors possible, l'occiput se dirige en arrière vers le milieu du bassin, la face se place en avant derrière la symphyse du pubis.

Nous verrons, en exposant la théorie adverse, que c'est principalement sur ce mouvement de bascule que portent les discussions. Les auteurs se sont demandé comment le diamètre

occipito-mentonnier qui mesure au moins 13 centimètres peut basculer dans un diamètre pelvien de 12. Nous reviendrons plus loin sur cette discussion.

Le quatrième temps d'expulsion de la tête est un temps mixte de flexion et d'extension. Les rapports de la tête sont alors les suivants : les bosses frontales touchent le bord interne des branches ischio-pubiennes, la partie moyenne du front est dans l'arcade pubienne, la face est cachée derrière le pubis. Toute cette partie de la tête, son levier antérieur ou fascial, étant arrêtée ainsi que le pubis, les contractions utérines ne peuvent agir que sur l'occiput qu'elles poussent dans le périnée, qui se développe peu à peu sous cette pression. La tête se fléchit autour du point qui appuie contre la symphyse, la base du crâne s'incline toujours plus en arrière, l'occiput se rapproche de plus en plus de la commissure périnéale, et le menton s'éloigne de la face postérieure des pubis.

Le front, tuméfié, saillant, recouvert d'une bosse séro-sanguine, sort alors à travers la vulve et les diamètres naso-bregmatique, naso-sus-bregmatique, naso-occipital, se dégagent successivement. Une fois l'occiput dehors, il se produit un mouvement secondaire de déflexion, et on voit apparaître le nez, la bouche et le menton.

M. AUG. POLLOSSON (1), reproduisant les opinions de son maître le professeur Fauchier, vient combattre la théorie exposée par son collègue Blanc. Pour lui, l'évolution du front à travers la filière génitale ne se produirait pas suivant le mécanisme indiqué par Magiagalli, Devars et Blanc. Il n'admet pas la descente suivant la description de Mangiagalli, avec le menton situé plus bas que l'occiput. « Le dégagement ne pourrait pas s'effectuer suivant le mode observé dans les présentations

(1) Pollosson, Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front (*Annales de Gynécologie*, mars 1892).

du front, sans une bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation, ce qui n'est pas possible dans les cas ordinaires..... Le triangle occipito-fronto mentonnier descendant comme le décrit Mangiagalli, ne constitue pas une présentation du front, mais une présentation de la face. » De plus, ce mouvement d'avancer pour engager le menton le premier, puis de reculer pour remplacer le menton par l'occiput n'a jamais été observé par les auteurs.

Pour lui, c'est l'extrémité occipitale et non mentonnière du diamètre occipito-mentonnier qui s'engage la première avec une obliquité peu grande il est vrai (*voir fig. 1*). « Dans cette position la descente quoique difficile est possible et le dégagement peut s'effectuer sans que le diamètre occipito-mentonnier ait à basculer dans l'excavation et sans que les deux descentes de M. Blanc, descentes qu'on n'a jamais observées, soient nécessaires pour permettre le dégagement. La deuxième descente de M. Blanc n'est d'ailleurs pas autre chose que celle que nous admettons ».

Cet auteur rapprocherait beaucoup plus les présentations du front de celles du sommet que de celles de la face; car, pour lui, dans celles-ci c'est l'extrémité mentonnière du diamètre maximum qui s'engage la première, tandis que pour le front c'est l'extrémité occipitale. Aussi nie-t-il la transformation d'un front en face dans le bassin, cette transformation nécessitant une bascule *in situ* d'un diamètre mesurant 13 dans une excavation mesurant 12.

La différence qui existe pour lui entre le front et le sommet consiste en ce que les diamètres fronto-occipitaux ayant à peu près 12 centimètres sur une tête moyenne pénètrent obliquement dans le bassin avec leur extrémité frontale la première, tandis que dans la présentation du sommet ils pénètrent avec tout d'abord leur extrémité occipitale. « Pour passer de la présentation du front à celle du sommet, il faudrait donc que le

plus grand des diamètres occipito-frontaux basculât dans l'excavation, ce qu'il peut faire à la rigueur, mais avec difficulté. De plus, cette transformation est encore gênée par les modifications plastiques de la tête, le diamètre sous-occipito frontal est considérablement allongé, il atteint près de 13 centimètres et ne peut plus, dans ce cas, basculer dans un bassin normal qui n'a que 12 ». Nous verrons plus loin, en étudiant les observations de M. le professeur Grynfeldt, dans quel cas cette transformation est possible.

CHAPITRE III.

DE LA CONDUITE A TENIR D'APRÈS LE PRONOSTIC ET LE MÉCANISME.

En analysant les deux théories émises sur le mécanisme de la présentation du front, nous avons voulu montrer comment s'expliquent les opinions si diverses des auteurs au point de vue de la conduite à tenir. En effet, elle est basée sur la manière dont on envisage la présentation du front. Selon que l'on considérera le pronostic comme bénin ou comme grave, selon que l'on admettra telle ou telle théorie, on sera porté à laisser agir la nature ou à essayer des interventions tout à fait différentes.

Pour les auteurs qui considèrent la présentation du front comme une variété de présentation de la face ou du sommet, le pronostic est en général bénin. Ces auteurs sont partisans de transformer cette anomalie de présentation en présentation régulière. Comme ils n'admettent aucun mécanisme spécial, la transformation sera pour eux théoriquement facile et pourra s'essayer à tous les moments de l'accouchement. Elle pourra être faite de manières fort différentes, par des manœuvres manuelles ou par des manœuvres instrumentales, levier ou forceps.

Telle est l'opinion de Capuron (1), de Velpeau (2), de Jac-

(1) Capuron, Cours théorique et pratique d'accouch., 4^e éd. Paris, 1828, p. 399.

(2) Velpeau, Traité complet de l'art des accouchements ; Paris, 1835, t. II, p. 41.

quemier (1), de Joulin (2), de Chailly Honoré (3), de Cazeaux (4), de Stolz (5), de Pinard (6), de Charpentier (7) et de bien d'autres.

Si, au contraire, les auteurs admettent que la présentation du front est pour la tête une présentation vraie au même titre que le sommet ou la face, quoique moins fréquente, leur conduite sera toute autre. Selon qu'ils seront partisans de la théorie de Blanc ou de la théorie de Pollosson, ils agiront différemment. Les partisans du premier chercheront à produire le mouvement de bascule de la tête qui ramènera l'occiput au lieu du menton au centre de l'excavation. Ils le feront au moyen de manœuvres manuelles, s'ils sont appelés assez tôt, sinon avec le forceps ou le levier prôné par les accoucheurs lyonnais. C'est la conduite tenue par la plupart des accoucheurs italiens et en France par Devars (8) et Blanc (9).

Mais les partisans de Pollosson, qui n'admettent ni la possibilité, ni l'existence de ce mouvement de bascule, seconduiront de toute autre façon. Ceux-ci devront chercher simplement à dégager la tête suivant le mécanisme de la présentation du front. Pour cela, l'emploi du forceps est tout à fait indiqué. Ici encore les manières d'opérer diffèrent : les uns font une application régulière de forceps, d'autres placent leur instrument obliquement par rapport au bassin. C'est, nous l'avons vu, la

(1) Jacquemier, *loc. cit.*

(2) Joulin, *Traité complet d'accouchements* ; Paris, 1867, p. 514.

(3) Chailly Honoré, *loc. cit.*

(4) Cazeaux, *Traité théor. et prat. de l'art des acc.* ; 9^e édit. revue et annotée par Tarnier, 1874, p. 335

(5) Stolz, *Nouveau dict. de méd. et ch. prat.* ; Paris, 1864, l. I, p. 255.

(6) Pinard, *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme* ; Paris, 1879, p. 247.

(7) Charpentier, *loc. cit.*

(8) Devars, *loc. cit.*

(9) Blanc, *loc. cit.*

manière de procéder que recommandait M. VALLOIS (1), et encore avec des restrictions.

La question du mécanisme n'est pas la seule qui influe sur la conduite à tenir dans la présentation du front : il y a aussi la manière d'envisager le résultat de cette présentation. En effet, le pronostic peut être variable. On peut très bien, quoique admettant la présentation du front comme vraie, lui considérer un pronostic plus ou moins sérieux.

Les auteurs qui considèrent le pronostic de la présentation du front comme entièrement heureux, n'ont par conséquent pas à s'en inquiéter et laissent agir la nature en se livrant à une confiante expectation.

Ceux, au contraire, qui portant un pronostic heureux pensent cependant qu'il est toujours bon d'aider la nature, interviennent par des procédés fort différents. BLANC (2) avec FRITSCH (3) et MANGIAGALLI (4), regardant le pronostic comme assez bénin, pense cependant que dans plus de la moitié des cas l'intervention est nécessaire. Cette manière de voir est pour lui celle qui serait le plus conforme aux diverses statistiques.

Pour ceux qui partagent son opinion, l'intervention est toujours opportune ; elle peut être faite à n'importe quel moment de l'accouchement, et alors, selon les cas, ils agiront par l'intervention manuelle, le léger coup de pousse qui doit remettre les choses en l'état et aider la tête à descendre. Quand les circonstances l'exigent, ils emploient le forceps, mais la version leur paraît contre-indiquée. Du moment que le pronostic est heureux à quoi bon aller dès le début du travail contrarier la nature et

(1) Vallois, *loc. cit.*

(2) Blanc, *loc. cit.*, p. 576.

(3) Fritsch, *Klinik der Geburtshülflichen Operationen* ; Halle, 1880, in Henricius, *loc. cit.*

(4) Mangiagalli, *loc. cit.*

faire une version ? C'était ainsi qu'agissaient SMELLIE (1), BAUDELLOCQUE (2) et M^{me} LACHAPELLE (3).

Parmi les auteurs qui considèrent la présentation du front comme très grave, nous devons faire une distinction. Nous les diviserons en interventionnistes et en non-interventionnistes.

Les premiers chercheront à intervenir, dès le début, avec les instruments, persuadés que les tentatives de correction manuelle ne peuvent être d'aucune utilité. Ils appliquent le forceps suivant ses divers modes, soit en prise directe, soit en prise oblique; ils se laissent guider par lui dans leurs tractions, s'ils emploient l'instrument de M. Tarnier. Si malgré tout, le forceps ne réussit pas, il leur restera encore, si l'enfant est vivant, une chance de le conserver et ils se décideront à pratiquer l'opération conseillée par M. VALLOIS (4), la symphyséotomie. Si l'enfant est mort, ils délivreront la mère en opérant la basiotripsie.

Pour certains, il n'y a que la version préventive qui puisse remédier à une présentation aussi grave. Dès qu'ils l'ont reconnue, s'ils sont à temps pour le faire, ils pratiquent la version. S'ils sont appelés alors que la version est impossible, ils ont recours au dernier moyen, la basiotripsie.

Ainsi agissaient SCHRÆDER (5) et SCANZONI (6), quand il y avait en même temps quelque cause sérieuse de présentation du front, un rétrécissement du bassin par exemple.

C'est la conduite que tiennent les auteurs, qui considèrent la présentation du front comme très grave et l'assimilent, avec

(1) Smellie, *loc. cit.*

(2) Baudelocque, *loc. cit.*

(3) M^{me} Lachapelle, *loc. cit.*

(4) Vallois, 2^{me} article *loc. cit.*

(5) Schræder, trad. Charpentier, in Heinrichus.

(6) Scanzoni, *loc. cit.*

CHIARLÉONI (1) et BELLUZI (2), à une présentation de l'épaule. Les partisans de ce pronostic si sombre devront ou faire la version, ou se conduire comme CRÉDÉ (3). Dans ce cas, ils n'interviendront qu'au dernier moment, espérant la possibilité très rare pour eux d'un accouchement naturel. Si l'état de la parturiente s'aggrave, ils n'admettent qu'un moyen de mettre fin à ce danger et prépareront à l'avance les instruments nécessaires pour la craniotomie.

En résumé, nous l'avons vu dans les chapitres précédents, tous les moyens ont été employés pour mener à bien l'accouchement en présentation du front. Nous avons exposé la ligne de conduite des différents auteurs, nous contentant de dire ce qu'ils avaient fait et quelles raisons les avaient poussés à agir ainsi. Après avoir dit comment ils comprenaient le mécanisme de cette présentation, nous venons de montrer dans quelle grande part le mécanisme et le pronostic influent sur la manière de se conduire au point de vue thérapeutique. Nous ne voulons prendre parti ni pour les uns ni pour les autres, notre expérience personnelle est trop faible pour pouvoir juger, n'ayant pas eu l'occasion de nous trouver en présence d'un accouchement par le front. M. le professeur Grynfeldt a eu, dans sa clientèle, quatre cas de front avec même des particularités au point de vue du dégagement ; il a bien voulu nous confier ces observations, ainsi que les réflexions qu'elles lui ont suggéré. Ce sont elles que nous allons donner maintenant.

(1) Chiarléoni, *loc. cit.*

(2) Belluzi, *loc. cit.*

(3) Crédé, *loc. cit.*

CHAPITRE IV

NOTE SUR LES PRÉSENTATIONS DU FRONT

due à l'obligeance de M. le professeur Grynfeldt.

En 1891 seulement, j'ai vu pour la première fois un cas de présentation du front. Encore ce cas n'est pas des plus probants, et laisse place au doute. Le diagnostic ne fut bien établi qu'après coup.

Voici cette première observation :

OBSERVATION 1^{re}

M..., 36 ans, mariée, enceinte pour la sixième fois, est amenée à la clinique d'accouchements par M. le Dr L..., le 2 juillet 1891, à 10 heures 1/2 du soir. Elle est en travail depuis la veille au matin. Elle est à terme. Sa grossesse a évolué normalement. Varices volumineuses aux membres inférieurs. Elle s'est toujours bien portée ; de ses cinq enfants, trois sont vivants. Les accouchements antérieurs ont toujours été un peu lents.

Les premières contractions douloureuses se sont manifestées la veille (1^{er} juillet), dans la matinée. Elles ont été peu vives et le travail a marché avec lenteur. Le soir, à 10 heures, par conséquent vingt-quatre heures avant l'arrivée de la parturiente à la clinique, rupture de la poche amniotique. — Douleurs toute la nuit ; mais elles ne font pas progresser rapidement la dilatation, qui, le lendemain matin (10 heures environ), douze heures avant l'entrée dans le service, est à peine comme cinq francs (Dr L...). — Elle s'est complétée dans la journée, bien que les contractions n'aient jamais eu une bien grande énergie.

Bosse séro-sanguine énorme. Le Dr L... nous dit avoir cru

sentir par le toucher, très en arrière et à gauche un rebord orbitaire, et peut-être aussi dans la même direction la racine du nez. En avant et à droite, surface lisse, arrondie, qu'il a cru être le front. — Pour moi, en présence du volume excessif de la bosse séro sanguine, je ne puis nettement distinguer aucune des parties fœtales qui occupent le détroit supérieur. Le diagnostic d'une présentation *céphalique* est facile, mais il est difficile de préciser davantage. — L'enfant est vivant; le summum d'intensité des bruits cardiaques est en avant et à droite, au-dessous de l'ombilic. Nul doute à cet égard.

L'état de fatigue extrême de la parturiente, le long temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, l'état du vagin déjà un peu sec et chaud, me font un devoir de terminer cet accouchement par une application de forceps. Je m'attendais à quelques difficultés; je n'avais pas bien tort, et cela parce que mon diagnostic n'avait pas toute la précision désirable.

Après une irrigation vaginale antiseptique au sublimé tiède, mes mains et mes avant-bras convenablement aseptisés, j'applique le forceps de Tarnier, préalablement flambé, sur la tête fœtale, qui est encore haute, tout juste fixée au détroit supérieur. Dans l'incertitude de mon diagnostic, et pour favoriser la manœuvre, je fais une application à l'allemande, suivant les deux extrémités du diamètre transverse. Il me semble bien reconnaître alors, avec chacune de mes deux mains conductrices, que la tête, dont l'occiput est en avant et à droite, est bien loin d'être complètement fléchie. Avant d'articuler, j'essaye de porter la branche gauche en avant, tout en laissant la branche droite en arrière, mais cette tentative ne me réussit pas. J'articule suivant le diamètre transverse. Je dois faire des tractions énergiques, très en arrière, en bas, comme le commandaient les manches-aiguilles de l'instrument. Mais ce dernier dérapa bientôt. Je le remplaçai par le forceps de Nœgelé, que j'appliquai d'emblée un peu obliquement, suivant le diamètre oblique

gauche, sans trop de difficultés. Mais il fallut tirer énergiquement pour amener le fœtus à l'extérieur. — Il avait cessé de vivre. Poids 3850 grammes.

Chose curieuse, ces fortes tractions, aussi bien dirigées que possible (je le crois du moins), avaient réussi à abaisser l'occiput, qui parut le premier sous la symphyse pubienne, si bien que le dégagement final se fit en occipito-antérieure droite. Et pourtant la bosse séro-sanguine occupait la région fronto-bregmatique du crâne.

Je voudrais, ce qui serait du plus haut intérêt, donner ici les dimensions des principaux diamètres de la tête de ce fœtus ; mais telles qu'elles ont été consignées sur la feuille d'observation (certainement elles ont été mal prises par l'élève de service) elles sont fantastiques : occipito-mentonnier 107 millimètres seulement ! Avec ce diamètre, la flexion produite par le forceps ne saurait étonner, mais je crois pouvoir affirmer que cette mesure est loin d'être exacte.

Suites de couches absolument normales.

En somme, présentation de la tête non fléchie, intermédiaire à celle du crâne et de la face, dos en avant et à droite, bregma et front, siège de la bosse séro-sanguine au centre du détroit supérieur, accouchement spontané impossible, forceps qui amène la flexion de la tête, et dégagement comme dans une occipito droite antérieure.

L'état de sextiparité de la femme, dont le ventre était fortement en besace, n'a pas été étranger sans doute à la production de cette présentation irrégulière, devenue cause de dystocie.

Si dans cette première observation, le doute sur une présentation frontale est possible, il n'en est pas de même dans les trois observations suivantes, dans lesquelles une application de forceps a dû aussi terminer l'accouchement. Mais tandis que dans les deux premiers cas le dégagement a été manifeste-

ment sous-fronto ou naso-pubien, dans le troisième, le forceps de Tarnier, qui a commandé le sens des tractions, a produit dans le bassin mou, sur le périnée énormément distendu, un dégagement en présentation faciale. Voici ces trois dernières observations :

OBSERVATION II.

Madame P..., rue G..., 27 ans, secundipare, à terme, santé délicate, que j'avais accouchée trois ans auparavant pour la première fois, par une application de forceps au bas de l'excavation pour cause d'arrêt prolongé dans la marche du travail, par suite d'inertie utérine, ressent les premières douleurs de l'enfantement dans la nuit du 28 octobre 1893. Je la vois pour la première fois le matin, vers huit heures ; contractions bonnes assez rapprochées, bruits du cœur fœtal normaux, en avant, à droite, au dessous de l'ombilic, tête facilement accessible au détroit supérieur par le palper abdominal. Au toucher vaginal : col effacé, dilaté comme deux francs, tête encore élevée. Le bregma est abaissé, il est parfaitement reconnaissable au centre du détroit supérieur (ou plus exactement du haut de l'excavation), je ne puis atteindre la fontanelle postérieure ; dans tous les cas, la suture sagittale est bien dans la direction de l'oblique gauche. Je diagnostique, en attendant mieux, une occipito droite postérieure, tête non encore complètement fléchie.

A onze heures, je reviens auprès de ma cliente, l'état des choses n'est pas sensiblement modifié, la dilatation est un peu plus avancée.

A deux heures, la dilatation est presque complète et la poche des eaux bombe considérablement. Je ne puis pas me rendre un compte bien exact des rapports de la tête fœtale. — Je reste auprès de la parturiente. Bientôt après, vers les trois heures, la rupture de l'œuf se fait pendant une violente con-

traction, et il s'écoule une grande quantité de liquide. — Je touche attentivement: pas de procidence, le bregma est bien au centre de l'excavation, la tête descend, son diamètre occipito-frontal (ou un diamètre voisin) est confondu avec l'oblique gauche du bassin. J'arrive avec peine sur la fontanelle postérieure, en arrière et à droite. La dilatation est comme cinq francs.

A quatre heures, la dilatation est complète, mais la tête n'est pas beaucoup plus descendue, elle est à mi-hauteur de l'excavation, ses rapports n'ont pas changé.

A six heures, elle a franchi le col, elle est maintenant très basse, la rotation est faite, le grand diamètre de la fontanelle bregmatique est antéro-postérieur, l'occiput est dans la concavité du sacrum, le front est derrière le pubis, sur le point de passer sous l'arcade. Le diagnostic est maintenant bien établi: présentation de front. — Les contractions sont bonnes; j'attends comptant sur une expulsion spontanée.

A huit heures, rien n'est changé dans la situation. Les contractions faiblissent, Madame P..., fatiguée, demande avec insistance à être délivrée au forceps, comme à son premier accouchement. J'applique le petit forceps de Pajot avec la plus grande facilité. J'attire le front sous le pubis et j'opère le dégagement avec la racine du nez (la région naso-frontale, si on veut) contre le bord inférieur et la symphyse. Apparaissent successivement à la vulve les diamètres sous fronto-bregmatique, sous fronto-occipital, sans déchirure notable du périnée. — L'enfant est plein de vie. Il se met vite à respirer largement.

Suites de couches quelque peu fébriles, légère infection bientôt vaincue.... Mais ce n'est pas à ce point de vue que ce cas nous intéresse. D'ailleurs, aujourd'hui, Madame P..., quoique toujours un peu délicate (bacillose?), se porte assez bien.

OBSERVATION III.

Madame S..., avenue de L..., 34 ans, au terme de sa troisième grossesse, toujours bien portante, que j'avais délivrée au forceps quatre ans auparavant, à son premier accouchement (enfant gros et périnée résistant), qui a accouché très vite et bien, en trois heures, la seconde fois, ressent les premières douleurs de son troisième accouchement dans l'après-midi du 18 avril 1895. Je suis mandé le soir, vers les huit heures, et comme j'étais absent de chez moi, je ne vis ma cliente qu'à onze heures du soir. — Les douleurs qui, au moment où on était venu m'appeler, étaient vives et rapprochées, sont maintenant lentes, espacées et peu intenses. — Bruits du cœur sous-ombilicaux, directement en avant, faibles. Dilatation complète. Poche rompue depuis demi-heure. Tête au bas de l'excavation. Bregma central, à grand diamètre antéro-postérieur ; front en avant sous le pubis. En glissant mon doigt sous la symphyse au dessus du front, j'arrive facilement sur la racine du nez. — Le diagnostic ne peut être douteux, c'est bien une présentation de front.

J'attends jusqu'à une heure du matin, sans que le dégagement spontané puisse se faire. J'applique alors, comme dans le cas précédent, le petit forceps de Pajot, que j'ai d'ordinaire avec moi, et avec lequel, sans aucune peine, très facilement même, j'amène au dehors un bel enfant vivant, qui se porte encore aujourd'hui à merveille.

Suites de couches absolument normales.

OBSERVATION IV.

Madame M..., en sa villa ***, 31 ans, blonde, lymphatique, à chairs molles, mais jamais sérieusement malade, bien qu'elle ait eu deux crises de coliques hépatiques, accouche

pour la sixième fois, le 17 avril dernier (1896). — Ses cinq accouchements antérieurs ont été prompts et faciles, deux fois je suis arrivé après coup, pour faire la délivrance seulement. — Entre son quatrième et son cinquième, elle a eu une métrite, pour laquelle j'ai dû faire un curetage. C'est un an après ce curetage qu'elle a eu son cinquième enfant, dont la naissance ne remonte qu'à un an. La sixième grossesse a débuté l'été dernier, au cours d'une cure à Vichy.

Le travail commence dans la nuit, vers les deux ou trois heures du matin. Je ne vois Madame M... que dans la matinée, vers onze heures. Douleurs bonnes, dilatation presque complète, poche volumineuse, tête fœtale haute ; ... à cause du volume excessif de la poche, je ne puis rien distinguer de net. Bruits cardiaques fœtaux élevés, à droite. Ventre en besace, fortement distendu par les eaux de l'amnios. Palper difficile, ne donnant aucun renseignement précis.

Jusqu'à une heure après midi, les douleurs se maintiennent bonnes et suffisamment rapprochées. A partir de ce moment, elles faiblissent et s'éloignent.

Vers deux heures, je romps la poche des eaux pour donner du ressort à la fibre utérine et réveiller les contractions. Eaux abondantes. Mon indicateur, laissé en place, me permet de constater que le flot amniotique n'a entraîné, ni cordon, ni membre fœtal, que la tête est loin d'être fléchie, que le bregma occupe le centre de l'excavation ; son grand diamètre est dans la direction de l'oblique gauche du bassin ; le front est en avant et à gauche, facilement accessible, tandis que la fontanelle postérieure ne peut être atteinte. — Mon diagnostic n'est pas hésitant : présentation du front, en position gauche antérieure. Les antécédents tocologiques de ma cliente (cinq accouchements antérieurs rapides), me font annoncer une prompte délivrance, d'autant que les contractions avaient repris une certaine énergie depuis l'évacuation du liquide amniotique.

J'étais dans l'erreur. La tête fœtale descendit au bas de l'exca-
vation, la dilatation se fit, le grand diamètre du bregma se
plâça dans le sens antéro-postérieur ; mais pas de dégagement.

A cinq heures, j'envoyai prendre mon forceps de Tarnier,
désireux que j'étais d'avoir un guide pour tractions à opérer,
de façon à agir le plus exactement en imitation de la nature
(*ars naturæ imitatio*). — L'application fut extrêmement facile
et l'extraction de l'enfant non moins aisée. — Voici ce qui se
passa : Je tirai de la main droite seulement, ma main gauche
soutenait le périnée. Au début, les manches de l'instrument se
relevèrent un peu, et je sentis directement, à travers le périnée
mou et flasque, d'une extensibilité peu commune, la région
postérieure de la tête fœtale franchir le bassin osseux et venir
reposer sur le bassin mou, qui s'était laissé distendre d'une
façon tout à fait insolite. Aussitôt, tout-à-coup, le tracteur
touche aux manches, l'indication est formelle, il faut tirer par
en bas, et au même instant la face glisse derrière le pubis et
le menton paraît sous la symphyse. La terminaison fut dès lors
celle d'un accouchement par la face, par une flexion de la tête,
opérée en relevant vers le ventre de la mère le forceps, que
j'avais saisi au niveau de l'articulation des branches en même
temps que le tracteur, flexion qui amena le dégagement de l'occi-
put à la fourchette que je soutenais de mon mieux avec ma main
gauche. Nulle déchirure. Enfant vivant et de volume ordinaire.

Suites de couches tout à fait normales. .

Ce mode de dégagement d'une présentation du front par
transformation, dans le bassin mou, en présentation de la
face, me parut chose peu commune et m'intéressa vivement.
Dès le lendemain, avec le compas de Budin, que j'avais pris à
la clinique, je mesurai l'occipito-mentonnier, qui n'avait pas
moins de 13 centimètres. Sans nul doute, c'est à la laxité
extrême du périnée de ma lymphatique cliente, accouchant

pour la sixième fois, qu'il faut attribuer la possibilité de la transformation de présentation dont j'ai été témoin.

En résumé, dans ma première observation, le forceps de Nœgelé a entraîné l'occiput au détroit supérieur et a donné lieu à un accouchement par le sommet, bien que primitivement le front ait occupé le centre du bassin ; dans ma seconde et dans ma troisième observation, le petit forceps de Pajot a dégagé nettement la tête en présentation frontale ; enfin, dans ma quatrième observation, le forceps de Tarnier, qui m'a dirigé dans les tractions que j'ai faites, a dégagé la tête, au dernier moment, grâce à l'ampleur du bassin mou, en présentation de la face.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de Mlle. Bazin, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, recueillie à la Maternité de Toulouse.

De.... Anna, 26 ans, célibataire, corsetière, entre dans le service le 7 avril 1890.

Taille 1 m. 39, face et front d'aspect rachitique, membres supérieurs un peu courts, membres inférieurs légèrement incurvés en S. Chapelet rachitique, bassin légèrement aplati.

Antécédents : pas de maladies. Réglée pour la première fois à 14 ans, tous les 28 jours et durant 5 jours.

Premier accouchement, à l'âge de 18 ans, prématuré, enfant mort le 28^e jour.

Deuxième accouchement, à 20 ans, à terme, âgé actuellement de cinq ans.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles fin juillet 1889, grossesse normale, œdème sus-pubien. Hauteur de l'utérus 21 centimètres au dessus du pubis. Le palper et l'auscultation indiquent une présentation du sommet en OIDP. Le toucher permet d'atteindre le promontoire, mais difficilement, pas d'engagement, le fœtus est très mobile.

Le 16 avril, à 8 heures du matin, rupture des membranes, écoulement d'une quantité considérable de liquide amniotique. Premières contractions à midi; entre à la salle d'accouchements. Le 17 avril, 6 heures du matin, dilatation complète; la partie fœtale commence à s'engager. Le palper ne donne rien de caractéristique. Le toucher permet d'atteindre la grande fontanelle, mais on ne peut atteindre la fontanelle postérieure, ni la bouche, ni le menton. L'ouverture des narines regarde à gauche.

Maximum des bruits du cœur sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic.

A 8 heures, la partie fœtale est descendue au détroit inférieur. A 8 heures 1/2, le dégagement a lieu de la façon suivante : hant du nez, front, bregma et occiput apparaissent un peu à droite de la commissure postérieure de la vulve; la tête se fléchit et on voit successivement : le nez, la bouche et le menton se dégager sous la branche ischio-pubienne gauche. Le mouvement de rotation a donc été incomplet.

Suites de couches normales. Sortie le quinzième jour.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé avec peine. Poids, 2 k. 680, longueur 45 centimètres.

Bosse sanguine considérable occupant le front, la racine du nez, les paupières et la lèvre supérieure, le menton est intact, le nez est aplati à gauche. Le front est élevé, l'occiput porté en arrière, la tête est allongée du front à la partie postéro-inférieure du crâne ou sous-occiput.

La photographie indique bien ces particularités. Le moule les présente aussi, mais moins caractéristiques. Il a été en effet pris à la mort du fœtus, trois jours après la naissance.

CHAPITRE V.

ÉTUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS.

Grâce à l'amabilité de M^{lle} Bazin, sage-femme en chef de la Maternité, nous avons pu avoir à notre disposition un certain nombre de fœtus de différentes grosseurs, avec lesquels nous avons essayé de reproduire le mécanisme des accouchements par le front observés par M. le professeur Grynfeldt.

Nos expériences ont été faites au moyen du bassin de Joulin et du forceps de Tarnier.

Avec le fœtus n° 1, dont les diamètres de la tête mesuraient :

Bi-pariétal.....	8 1/2
Bi-temporal..	8
Sus-occipito-mentonnier	12
Occipito-frontal	10 1/2

nous avons d'abord examiné comment se passait l'accouchement normal en présentation du front dans un bassin normal.

La tête étant placée suivant le mécanisme indiqué par M. Pollosson, c'est-à-dire le front étant le point le plus bas, puis l'occiput et le menton, nous avons vu la tête franchir le détroit supérieur, descendre sans encombre et arriver dans l'excavation. Nous avons obtenu très facilement la rotation et nous avons vu apparaître la région sous-nasale au niveau du pubis. Ces divers mouvements se sont produits sous l'influence de poussées très modérées, faites en tenant d'une seule main le fœtus au niveau du thorax. Les rapports des sommets du triangle fronto-occipito-mentonnier n'ont pas varié : le front est toujours resté le point le plus déclive de la présentation.

Après nous être rendu compte ainsi de la possibilité d'un

accouchement par le front, nous avons placé notre fœtus dans la position qu'indique pour l'enfant M. Grynfeldt dans sa première observation : dos en avant et à droite, bregma au centre du détroit supérieur. Nous avons cherché à faire évoluer le fœtus, d'abord naturellement, ensuite au moyen du forceps. Nous avons pu reproduire le mécanisme et le dégagement indiqués par notre maître. M. Grynfeldt se demande s'il a eu réellement affaire à un front.

Si l'on admet, en effet, que dans ce cas on n'était pas en présence d'un front, on doit toujours conclure, comme l'a fait M. Grynfeldt, qu'il s'est trouvé en présence d'une présentation intermédiaire à celle du sommet et du front. La tête était incomplètement fléchie entre le sommet et la face, c'est-à-dire que l'extrémité frontale du diamètre occipito-frontal n'était pas plus basse que l'extrémité occipitale. Le diamètre occipito-frontal n'aurait pas eu à basculer dans l'excavation. La tête, sous l'influence des tractions faites par le forceps en bas et en arrière, a dû se dégager en avant en occipito droite antérieure.

Si, au contraire, la présentation était bien une vraie présentation du front, l'extrémité frontale était primitivement située plus bas que l'extrémité occipitale. Donc le diamètre occipito-frontal a dû basculer sous l'influence du forceps qui a abaissé l'occiput. Ce diamètre ne devait pas ici être supérieur à 12 centimètres.

Nous avons pu obtenir cette bascule avec un de nos fœtus qui ne mesurait que 10 centimètres d'occipito-frontal. Ce n'est pas ainsi que le cas de M. le professeur Grynfeldt s'est présenté, l'enfant ayant, d'après lui, un diamètre occipito-frontal plus grand. Il est encore un moyen d'expliquer cette bascule. De même que les femmes varient par la taille, par la corpulence, de même elles peuvent varier par le bassin. Toutes les femmes, même d'une taille égale, peuvent avoir un bassin plus ou moins grand pour des raisons fort diverses. Il peut y avoir des bas-

sins petits ou grands, sans qu'il y ait cependant bassin rétréci ou bassin major. M. Grynfeldt peut, dans ce cas, avoir eu affaire à une femme dont les diamètres de l'excavation pelvienne étaient supérieurs à 12 centimètres.

En tous cas, pour admettre cette première observation comme observation du front, il faudrait accepter la transformation par bascule du diamètre occipito-frontal dans un bassin ayant au moins 12 centimètres. Imitant notre Maître, nous ne choisirons pas entre ces deux opinions, et nous nous rallierons à son diagnostic rétrospectif de présentation de la tête non fléchie intermédiaire à celle du sommet et de la face.

Nous reviendrons, à la fin de notre travail, sur l'emploi du forceps dans ce cas.

Dans la seconde observation, nous voyons, qu'après examen attentif, « le bregma est bien au centre de l'excavation, la tête descend, son diamètre occipito-frontal (ou un diamètre voisin) est confondu avec l'oblique gauche du bassin ». M. Grynfeldt arrive avec peine sur la fontanelle postérieure en arrière et à droite. Le travail, très long, commence à trois heures du matin pour se terminer, à huit heures du soir, par une application de forceps. C'est que la descente de la tête, dans ce cas, ne se fait pas aussi facilement qu'avec une présentation du sommet. Le diamètre d'engagement qui s'est substitué au diamètre occipito-mentonnier est encore trop grand. La tête est par conséquent retardée dans sa marche. A six heures du soir seulement, elle franchit le col ; elle est très basse ; sa rotation est faite et le grand diamètre de la fontanelle bregmatique devient antéro-postérieur. L'occiput se place dans la concavité du sacrum ; le front est derrière le pubis, sur le point de passer sous l'arcade. M. Grynfeldt dégage la tête, nous dit-il, avec le forceps de Pajot, très facilement, la racine du nez étant située contre le bord inférieur de la symphyse.

Nous avons reproduit ce mécanisme sur le bassin de Joulin. Nous avons fait apparaître successivement, sous l'arcade du pubis, les diamètres sous-fronto-bregmatique, sous-fronto-occipital.

On pourrait nous objecter que ce dégagement peut se produire dans les positions occipito-postérieures du sommet, mais les opinions sur leur mécanisme sont encore très opposées. M. PAJOT (1) la considère de la façon suivante : « Dans cette position, comme dans toutes, les principes sont les mêmes, l'application varie seule comme la position. L'occiput est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque, le front avec l'éminence ilio-pectinée, la suture sagittale trace le diamètre oblique.

» Dans le premier temps, l'occiput s'abaisse en cotoyant le sacrum, il pénètre dans l'excavation pendant le second ; la rotation, beaucoup plus étendue dans cette position, ramène peu à peu la région occipitale du fœtus, derrière ou au-dessous (suivant les degrés de l'engagement) de la cavité cotyloïde ; de là l'occiput, continuant à tourner en avant, parcourt successivement la face postérieure du trou sous-pubien ou de l'ischion, passe sous la branche ischio-pubienne et arrive sous l'arcade des pubis ». Sont expulsés successivement après l'occiput, le vertex, et sur le périnée, le front, la face, le menton.

Ce n'est pas ainsi que se sont passés les divers dégagements dans l'observation II. Nous avons pu, comparativement, produire un dégagement en occipito-postérieure, selon le mode de M. Pajot, et un dégagement en front selon le mode indiqué par M. Grynfeldt, avec le diamètre sus-fronto-bregmatique, paraissant le premier, remplacé ensuite par le sous-fronto-occipital. La manœuvre a été absolument inverse.

Pour être juste, nous rapporterons aussi l'opinion de

(1) Pajot, Travaux d'Obstétrique, 1892, p. 32.

M. TARNIER (1), qui admet pour les occipito-postérieures un mécanisme semblable à celui qu'a observé notre Maître pour la présentation du front. M. Tarnier en parle en ces termes, après avoir donné l'opinion de M. Pajot : « Nous sommes convaincus que les choses se passent autrement, pour l'avoir vérifié maintes fois sur les femmes soumises à notre observation ; pendant que l'occiput parcourt le périnée en le distendant très fortement, la région de la fontanelle antérieure et le haut du front sont les parties qui s'avancent les premières et correspondent au vide de la vulve ; l'occiput, au lieu de se dégager le premier, au niveau de la commissure périnéale, y arrive à peine au moment où le front tout entier se dégage en avant ; une fois l'occiput au dehors, la tête exécute un mouvement de déflexion, ayant pour centre la commissure périnéale, qui sert de point d'appui à la région sous-occipitale et le dégagement s'effectue suivant les diamètres sous-occipitaux ; le menton sort le dernier au-dessous du pubis. Nous avons une preuve de la réalité de ce mécanisme dans la présence fréquente de la bosse sanguine sur le front et surtout sur le bregma, où elle occupe un volume considérable ».

Pour que cette observation II fût un occipito-iliaque, il aurait fallu que notre Maître vît l'occiput déprimer fortement le périnée. Or, M. Grynfeldt n'a pas noté cet état du périnée, pas plus qu'il n'a vu se produire ce mouvement de flexion exagéré. Le mécanisme qu'il a observé différerait complètement du mécanisme par lequel le périnée est fortement déprimé, et dans lequel on peut voir une flexion exagérée de la tête du fœtus.

La troisième observation peut être considérée comme un cas type d'accouchement spontané en présentation du front. Comme dans les deux autres observations, nous remarquons

(1) Tarnier et Chantreuil, Traité de l'art des accouchements, p. 459.

que le travail a été pénible et long. Les contractions, d'abord vives et rapprochées, deviennent espacées et peu intenses. La tête descend péniblement au bas de l'excavation en présentation frontale. Elle fait spontanément sa rotation ; et M. Grynfeldt la trouve dans la position suivante : « Bregma central, à grand diamètre antéro-postérieur. Front en avant sous le pubis. » En glissant son doigt sous la symphyse au-dessus du front, notre Maître arrive facilement sur la racine du nez. Dès lors, il n'a aucune peine à l'extraire avec le forceps, bien que ce fût un *bel* enfant.

Nous avons refait ce mécanisme avec un gros fœtus pesant 4 kilos 200, mais n'ayant qu'un diamètre occipito-mentonnier de 11 centimètres (ce fœtus était né en présentation du siège). Il a fait sa rotation dans le bassin de Joulin. Il est vrai de dire que nous avons dû exercer des poussées beaucoup plus fortes qu'avec le fœtus n° 1. Ces poussées rendent bien compte de la lenteur du travail, la contraction utérine jouant le même rôle que nos mains.

Cette observation nous montre que l'engagement et la rotation peuvent se faire selon le mécanisme normal. Notre Maître n'est intervenu que pour faire le dégagement selon le mécanisme de M. Pollosson, l'engagement et la rotation s'étant faits spontanément quoique avec lenteur.

Dans la quatrième observation, nous signalerons, chemin faisant, une des causes indiquées par AHLFELD (1) comme causes primordiales de la présentation du front : l'abondance du liquide amniotique. Le ventre, nous signale M. Grynfeldt, est fort distendu par les eaux de l'amnios ; de plus, il est en besace.

(1) Ahlfeld, *Die Entstehung der Stirn und Gesichtslagen* ; Leipzig, 1873, in Heinricius, *loc. cit.*, p. 406

Comme dans toutes les autres observations, nous trouvons une lenteur considérable du travail. Cette lenteur doit être rapportée à la présentation du front, puisque les antécédents tocologiques de la parturiente (cinq accouchements antérieurs rapides) faisaient présumer une délivrance rapide. « La tête fœtale descendit au bas de l'excavation, la rotation se fit, le grand diamètre du bregma se plaça dans le sens antéro-postérieur, mais pas de dégagement ». Il fallut que les tractions soutenues du forceps obligent la tête fœtale à entrer dans le bassin mou. La laxité énorme du périnée entra alors en jeu, les tractions du forceps forcèrent la tête à appuyer sur le périnée. Celui-ci, fuyant sous la pression, permit à la tête de se défléchir complètement, l'occiput remonta et le menton apparut le premier à la symphyse.

Cette transformation en présentation de la face d'une présentation du front, due à la bascule d'un diamètre occipito-mentonnier de 13 centimètres, est un mécanisme rare. Nous nous expliquons facilement sa possibilité, en songeant que le périnée, très lâche, a pu, seul, la permettre. En effet, c'est la seule partie de la filière génitale qui puisse s'accroître naturellement par distension. C'est d'ailleurs toujours sur le périnée, dans le bassin mou, que la bascule du diamètre occipito-mentonnier s'est produite dans tous les cas de M. le professeur Grynfeldt.

Notre cinquième observation est un type de présentation du front, encore plus prononcé que la deuxième observation de notre Maître. Ce n'est plus en présence d'un bassin normal que l'accoucheur s'est trouvé, mais bien d'un bassin légèrement vicié chez une rachitique. L'accouchement en front devait donc être rendu par cela même plus difficile, et cependant la femme a accouché naturellement. On n'a pas eu à intervenir avec le forceps. Comme dans toutes nos autres observations,

nous trouvons un travail très long : il a duré plus de trente-six heures.

Nous regrettons de ne pas connaître les diamètres du bassin, pour savoir comment la tête du fœtus a évolué dans son intérieur. Les diamètres de celle-ci, mesurés sur le moulage, que M^{lle} Bazin a bien voulu faire mettre à notre disposition, sont les suivants :

Bi-pariétal.	8 1/2
Bi-temporal.	9 1/2
Occipito-frontal	12,5
Occipito-mentonnier	12,5

Nous aurions essayé, connaissant les diamètres du bassin, de nous expliquer la déformation vraiment caractéristique présentée par cette tête, bien que le moulage ait été fait trois jours après l'accouchement. Cette déformation devait être encore plus accentuée par la bosse séro-sanguine considérable qui occupait le front, la racine du nez, les paupières et la lèvre supérieure. Le nez était aplati à gauche : ce fait nous montre que la rotation a été pénible et a même été incomplète, puisque la tête s'est dégagée sous la symphyse gauche.

La déformation de la tête nous montre bien aussi la difficulté de l'accouchement ; car, comme le fait remarquer HEINRICIUS (1), « ce changement dans la forme de la tête apparaît surtout dans les cas où la discordance entre elle et le bassin est la plus grande. Pour les fœtus de grandeur moyenne et les bassins normaux ou peu rétrécis, c'est la seule possibilité d'un accouchement par le front. Pour les têtes très volumineuses et les bassins très rétrécis, la nature seule est impuissante. Les accouchements par le front ont beaucoup d'analogies avec les accouchements dans les cas de bassin rétréci ; dans les deux cas, la nature s'efforce de faciliter l'accouchement par l'accommodation de la tête du fœtus. Plus la discordance entre la tête

(1) Heinricius, *loc. cit.*, page 421.

et le bassin est grande, plus le pronostic est défavorable pour la mère et pour l'enfant ».

Cette observation est intéressante à d'autres points de vue. Nous rencontrons, dans ce cas, un mode de dégagement tout à fait particulier : on ne peut pas ici incriminer le forceps de l'avoir produit, il a eu lieu spontanément. Le dégagement a eu lieu de la façon suivante, lisons-nous dans l'observation : haut du nez, front, bregma et occiput apparaissent un peu à droite de la commissure postérieure de la vulve, la tête se fléchit et on voit successivement : le nez, la bouche et le menton se dégager sous la branche ischio-pubienne gauche.

Ce mouvement est semblable à celui qui s'est produit dans notre quatrième observation. La racine du nez (*voir fig. 5*) a été le point autour duquel la tête a accompli sa rotation dans l'excavation.

Ce mode de dégagement a été décrit, la première fois, par BUSCH (1), et observé par un certain nombre d'auteurs, entre autres HELLY (2), STADFELDT (3), HECKER (4), et MANGIAGALLI (5). Celui-ci, en parlant des cas observés par des auteurs italiens, dit que l'occiput se met au devant de la commissure postérieure de la vulve, et quand la tête apparaît au dehors, on voit sortir successivement le nez, la bouche, le menton. C'est là textuellement ce que nous rapporte l'observation de la Maternité de Toulouse. Pour Heinrichius, ce mode de dégagement est dû à ce que l'extension de la tête a été moindre. Nous n'avons pas essayé, au cours de nos expériences, de nous rendre compte de la justesse de cette opinion.

(1) Busch, *Neue Zeitsch. f. Geburtskunde*. Bd. V, 1837, in: Heinrichius.

(2) Helly, *loc. cit.*

(3) Stadfeldt, *Bibliothek für Læger*, 1869, in Heinrichius.

(4) Hecker, *Bayr. aerzt Intell. Blatt*, 1882, in Heinrichius.

(5) Mangiagalli, *loc. cit.*

En résumé, cette observation nous montre qu'un accouchement en front peut se terminer spontanément et peut avoir même un dégagement qu'on observe assez rarement dans ce mode de présentation. Nous voyons de plus que le pronostic est assombri : en effet, bien que l'enfant venu au monde en état de mort apparente ait été ranimé avec peine, il a succombé quand même au bout de trois jours. Une tête fœtale, pour si malléable qu'elle soit, supporte difficilement de pareilles déformations et un travail aussi long. C'est ce qui est arrivé dans le premier cas de M. Grynfeldt, bien qu'il ait recouru dans tous à l'application du forceps pour hâter le travail. Nous avons essayé de savoir quelle était la meilleure manière d'appliquer cet instrument, ce sera l'objet de notre dernier chapitre.

CHAPITRE VII.

DES DIVERSES MANIÈRES D'APPLIQUER LE FORCEPS DANS LES PRÉSENTATIONS DU FRONT

Dans les présentations du front, nous l'avons vu, lorsque le travail est long, lorsque le dégagement a beaucoup de difficultés pour se produire, on doit alors intervenir et recourir, s'il le faut, aux manœuvres instrumentales.

Le forceps a été appliqué dans les présentations du front de manières fort différentes. Si nous nous rapportons au travail de M. VALLOIS (1), nous voyons que les opinions des auteurs sont très variables sur la position à donner aux branches du forceps.

Comme nous l'avons vu plus haut, Mme. LACHAPELLE (2), faisant une prise régulière, plaçait les branches exactement sur les côtés de la tête, l'ouverture du forceps tournée vers la face qui regardait à droite et en avant. Elle tirait directement en bas.

SMELLIE (3) conseillait de saisir la tête d'une oreille à l'autre et de ramener la face vers la symphyse pubienne.

Pour HEINRICIUS (4), si le travail ne fait pas de progrès par diminution, arrêt ou impuissance des contractions, s'il est indiqué de terminer l'accouchement, il faut recourir au forceps. Au détroit supérieur, la seule application possible est une application parallèle au bassin; mais au détroit inférieur, cet auteur conseille d'appliquer le forceps obliquement par rapport

(1) Vallois, *loc. cit.*, 1884.

(2) Mme. Lachapelle, *loc. cit.*

(3) Smellie, *loc. cit.*

(4) Heinricius, *loc. cit.*

aux parois du bassin, de manière que la concavité soit dirigée vers le menton. Sur le plancher périnéal, l'application régulière, directe, n'offrira pas de difficultés.

CAZALS (1) fait une distinction entre l'application du forceps au détroit supérieur et son application au bas de l'excavation. Dans le premier cas, il préconise la prise régulière ; si la tête est transversale, on devra faire une application oblique en tournant la concavité des branches vers le front ou la face. Dans le second cas, une application directe et régulière sera généralement facile.

M. BONNAIRE (2), nous l'avons déjà dit, recommande de placer le forceps d'une oreille à l'autre et de pratiquer des tractions, tandis que M. AUWARD (4) préfère une prise oblique par rapport à la tête du fœtus, au détroit supérieur, et emploie la prise directe dans l'excavation et au détroit inférieur.

M. VALLOIS (4), dans son premier article, conclut en disant que dans les présentations du front, plus que dans celles du sommet, il faut chercher à obtenir une prise régulière ; qu'à défaut de cette prise, il faut s'efforcer, tout au moins, de faire une application oblique. Dans son deuxième mémoire, il déconseille la prise directe, à laquelle il préfère nettement la prise oblique.

D'après cette rapide énumération, nous voyons que les manières d'appliquer le forceps diffèrent beaucoup selon les auteurs, et avec le même auteur selon l'endroit de la filière génitale où cette application doit être faite. Les uns préconisent la prise directe, d'autres la prise oblique, les Allemands la prise parallèle au bassin.

Nous servant d'un fœtus du poids de 4,200 grammes, mais

(1) Cazals, *loc. cit.*

(2) Bonnaire, *loc. cit.*

(3) Auward, *loc. cit.*

(4) Vallois, *loc. cit.*

n'ayant comme diamètre occipito-mentonnier que 11 centimètres, nous l'avons placé transversalement au détroit supérieur et nous avons essayé successivement les diverses manières d'appliquer le forceps. Nous l'avons saisi avec le forceps Tarnier :

1° En prise directe, parallèle au bassin, de la face à l'occiput du fœtus, en prise à l'Allemande ;

2° En prise antéro-postérieure par rapport au bassin, bi-pariétale pour le fœtus ;

3° En prise oblique quant au bassin et au fœtus.

La prise directe a été faite par M. Grynfeldt dans la première observation. Malgré ses tractions énergiques très en arrière et en bas, comme le commandaient les manches-aiguilles du forceps Tarnier, ce dernier dérapa bientôt et notre Maître dut avoir recours à une prise oblique, qui amena au dehors un fœtus ayant cessé de vivre. M. Vallois rapporte aussi une observation de front, dans laquelle il a eu recours à une prise semblable avec le même résultat : mort de l'enfant. La prise de M. Grynfeldt a été faite cependant un peu obliquement, la tête a été saisie de côté, sur la joue.

Plaçant notre fœtus comme il a été indiqué plus haut, nous avons essayé de l'extraire. Après des tractions très énergiques, nous sommes enfin arrivé à notre but, mais les branches du forceps avaient sillonné fortement la face du fœtus qui, certainement, n'aurait pas survécu à pareille intervention. Par conséquent, nous croyons que cette prise directe peut être considérée comme dangereuse pour le fœtus.

La prise bi-pariétale, antéro-postérieure pour le bassin, ne nous a pas permis, malgré les plus grands efforts, d'arriver à extraire la tête. La raison nous en a paru être la suivante : le forceps, appliqué sur les deux pariétaux, comprime la tête transversalement et allonge les diamètres d'engagement antéro-postérieurs de la tête (*voir fig. 4*). Or, ces diamètres sont

déjà par leur longueur la cause des difficultés d'engagement de la tête; si nous les augmentons, nous rendons cet engagement encore plus difficile. C'est ce qui a eu lieu dans nos expériences : la tête du fœtus, qui passait lentement sans forceps, sous l'influence de simples poussées, ne pouvait plus passer dès que nous faisons des tractions avec le forceps placé en prise bi-pariétale.

Enfin, en dernier lieu, nous avons eu recours à la prise oblique par rapport au bassin et au fœtus. Le forceps est placé plus commodément suivant un diamètre oblique du bassin et vient saisir la tête obliquement, aussi de la joue à la partie externe de l'occiput ; la prise est assez solide. Sous l'influence d'efforts très modérés, la tête descend dans l'excavation et vient se dégager sous la symphyse.

Nous croyons donc qu'une prise oblique est celle qui a le plus de chances de réussir, lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur pour une présentation du front. Nous avons montré les inconvénients de la prise antéro-postérieure, qui augmente les diamètres de la tête. La prise à l'allemande est non-seulement dangereuse pour le fœtus, mais peut aussi exposer à des surprises. Nous aurions voulu pouvoir produire des rétrécissements dans tous les sens sur le bassin de Joulin, pour démontrer ce que nous avançons. Ce n'est pas, en effet, le rétrécissement antéro-postérieur du bassin qui joue un rôle au détroit supérieur, à moins qu'il ne soit trop prononcé, mais bien plutôt le rétrécissement du diamètre transverse. C'est là une cause d'erreur pouvant amener des résultats inattendus. Le diamètre promonto-sous-pubien, que l'on mesure lorsqu'on croit avoir à craindre un rétrécissement, étant presque normal, on ne tient pas compte souvent d'un rétrécissement transversal possible. Il est des cas malheureux où alors que tout semblait promettre un accouchement normal, l'accoucheur a été obligé de faire une basiotripsie.

CONCLUSIONS.

Dans la présentation du front, l'accouchement est habituellement très lent et très pénible, en raison de l'engagement de la tête suivant des diamètres supérieurs aux diamètres d'engagement des présentations du sommet et de la face.

Quand les dimensions du bassin et de la tête le permettent, et que les contractions sont suffisantes, l'accouchement peut se faire spontanément.

Bien que le mécanisme du dégagement au niveau du maxillaire supérieur, indiqué par M. Pollosson, soit celui que l'on rencontre le plus souvent, il peut arriver que la tête se dégage suivant un autre mode, en prenant comme pivot la partie supérieure du nez.

Au point de vue de la conduite à tenir, laissant de côté la question de la version, sur laquelle nous ne pouvons émettre une opinion, puisque dans nos observations elle n'a pas été employée, nous croyons que tant que l'état de la mère et de l'enfant ne réclament pas impérieusement l'intervention de l'accoucheur, il est préférable de laisser agir la nature, qui réussit parfois à terminer un accouchement bien mieux que ne pourrait le faire une intervention peut-être intempestive.

La présentation du front ayant plus de tendance à se transformer en sommet qu'en face, puisque cette transformation exige la bascule d'un plus petit diamètre, si on était partisan de la transformation du front en une autre présentation, par

des manœuvres manuelles, c'est celle du sommet qu'il faudrait s'efforcer d'obtenir, la transformation en face étant tout à fait exceptionnelle.

Si les manœuvres manuelles sont infructueuses et l'intervention opératoire jugée nécessaire, il faut, à notre avis, s'adresser au forceps qui, sur une tête en position transversale, sera appliqué obliquement par rapport à la tête et au bassin.

Si cette application est inefficace, la conduite de l'accoucheur diffèrera suivant que l'enfant est vivant ou mort. Dans le premier cas, il procédera à la symphyséotomie; dans le second, il ne lui restera plus qu'à recourir à la basiotripsie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1^{er} juillet 1896.
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué
L. YON.

Vu :
Montpellier, le 1^{er} juillet 1896.
Le Doyen :
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- AHLFELD. — *Die Entstehung der Stirn und Gesichtslagen*, Leipzig, 1873.
- AUVARD. — Travaux d'obstétrique, t. III, 1889.
- BAUDELLOCQUE. — L'Art des acc., t. I; Paris, 1751.
- BELLUZI. — *Contributo al studio del parte per il fronte*, in *Annali di Ostetricia*, 1884.
- BLANC. — Des présentations frontales, in *Annales de Tocologie*, 1885, et Des présentations du front, in *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, t. I.
- BONNAIRE. — De la présent. du front; Rev. gén., in *Gaz. des hôp.*, 23 mars 1889, n° 35.
- BRANCHE. — Essai sur les mento-postérieures de la face; thèse de Montpellier, 1876.
- BRESKY. — *Behandlung der Abnormen Kopflagen. Schweizer corresp. Blabt*, 1873.
- BUSCH. — *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, Bd. v, 1837.
- CAPURON. — Cours théorique et pratique d'acc., 4^e édit., Paris, 1828.
- CARBONELLI. — *Presentazione della fronte*; *Gazz. med. di Torino*, 1895.
- CAZALS. — Présentations frontales; thèse de Paris, 1888.
- CAZEAUX. — Traité théor. et prat. de l'art des Acc., 9^e édit., 1894.
- Centralblatt für Gynækologie*, année 1893.
- CHAILLY HONORÉ. — Pratique de l'art des accouch., 4^e édit., 1864.
- CRÉDÉ.
- DEVARS. — Étude clinique sur les présentations du front; thèse de Lyon, 1885.
- FRITSCH. — *Klinik der Geburtshulf. Operationen*; Halle, 1880.
- GARDIEN. — Diction. en 60 volumes, 1812, t. I.
- GRENZER. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1885.

- HECKER. — *Bayr. aerzt. Intell. Blatt.*, 1862.
- HEINRICIUS. — Accouchement par le front; Rev. gén., in *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, t. I.
- HELLY. — *Ueber Stirnlagen. Zeritsch. der Gesell. der Aerzte in Wien. Medicinische Jahresb.*, 1864.
- HILDEBRANDT. — *Zwei Stirnlagen, in Monatschrift f. Geburtskunde*, Bd. 25, Heft. 3.
- HUETER. — *Encyclopædisches Wœrterbuch der medicinischen Wissenschaften*; Berlin, 1846.
- JACQUEMIER. — *Traité d'accouchements*, 1846.
- JOULIN. — *Traité complet d'accouchements*; Paris, 1867.
- LACHAPELLE (M^{me}). — *Pratique des accouchements*, t. III, 3^e mémoire.
- LUSK. — *Science et art des accouchements*, trad. Doléris, 1884.
- MANGIAGALLI. — *Il parto per il fronte*, in *Ann. di Ostet.* Padoua, 1880; *id.*, 1884; *id.*, 1894.
- MARCHIONESCHI. — *Il parto in present. della fronte*; in *Ann. univ. di med. et chir.*; Aprile, 1885.
- MAURICEAU. — *Traité des femmes grosses*, 1840.
- NEGRI. — *Qualche considerazione intorno al parto per il fronte*; in *Ann. di Ostet.*, 1884.
- PAJOT. — *Travaux d'obstétrique*, 1882.
- PETERS. — *Beitrag zur klinische med. und chir.*; 1895, Heft. 10.
- PINARD. — *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*; Paris, 1879.
- PLAYFAIR. — *Traité théor. et prat. de l'art des acc.*, traduit par Vermeil; Paris, 1879.
- RAMSBOTHAM. — *The principles and practice of obstetric medicine and Surgery*; London, 1856.
- SCANZONI. — *Lehrbuch der Geburtshülfe, II Anflage*; Wien, 1885.
- SCHROEDER. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1880.
- SMELLÉE. — *Tabulæ anatomicæ Guilielmi Smelli*; Nuremberg, 1757, et *Observations sur les accouchements*, trad. de Prévile, t. IV.
- SPAETH. — *Österreichisches Zeitsch. für praktische Heilkunde*, 1863, n^o 28.
- SPIEGELBERG. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1880.
- STADFELDT. — *Bibliothek für Læger*, 1869.
- STOLZ. — *Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*; Paris, 1864.

- SWAIGNE. — *Assoc. méd. jour.*, 1853, et *Canstatts Jahresbericht*, 1853, IV.
- TARNIER et CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouch.*, Paris, 1880.
- THORN (W.). — *Zeits. für Geb. und Gynækologie*, 1885, Bd. XXXI.
- VALLOIS. — *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, août 1893, et août 1894.
- VELPEAU. — *Traité complet de l'art des accouchements*; Paris, 1835.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I ^{er} . — Historique de la conduite à tenir dans les présentations du front	7
CHAPITRE II. — Mécanisme.....	22
CHAPITRE III. — De la conduite à tenir d'après le pronostic et le mécanisme.....	27
CHAPITRE IV. — Observations.....	32
CHAPITRE V. — Étude critique des observations.....	42
CHAPITRE VI. — Des diverses manières d'appliquer le forceps dans les présentations du front.....	52
CONCLUSIONS.....	56
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	58
